69e Année. 11e Série. Tome I. N° 2 8 Janvier 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : Dr **F. DE RANSE**

Depuis le 1er janvier, les Bureaux de la Gazette Médicale de Paris *sont transférés à l'*Institut de Bibliographie, *93, boulevard Saint-Germain, Paris.*

Adresse télégraphique : A.P.S. — Paris.

Téléphone : 810.53.

SOMMAIRE. — Bulletin : Les Médecins et les Sociétés de Secours mutuels. — Médecine opératoire : Opérations sur les vestiges de l'ouraque, par Daniel Témoin. — Revue générale : Chirurgie du mésentère et des épiploons, par Jean-Raymond Largeau. — Revue des Sociétés savantes de la Semaine : *I. La Médecine.* — *II. La Chirurgie.* — Echos de Congrès. — Revue d'Hydrologie. — Les Livres nouveaux. — Variétés : Le Tonographe. — Un appareil pour éviter l'inhumation des personnes. — Nouvelles et Faits divers.

Paris, le 6 janvier 1898.

« Mon cher Directeur,

« Mes occupations ne me permettent pas de conserver plus longtemps la rédaction en chef de la *Gazette Médicale*. Je viens donc résigner mes fonctions.

« Je ne veux pas abandonner le poste où m'ont placé votre confiance et celle du Conseil d'administration, sans vous remercier du concours qu'en sage conseiller et en serviable ami vous m'avez toujours prêté.

« Je remercie encore, après vous, nos confrères du comité de rédaction, nos collaborateurs fidèles et les nombreux lecteurs qui n'ont cessé d'encourager mes efforts.

« Pierre SEBILEAU ».

Ce n'est pas sans un vif regret que nous avons dû accepter la démission de M. Sebileau ; mais nous ne nous séparons pas de notre excellent confrère et ami et nous ne cesserons de le compter parmi nos collaborateurs les plus dévoués et les plus justement appréciés de nos lecteurs.

La Gazette Médicale, poursuivant sa carrière, restera toujours sur le terrain essentiellement clinique. Ainsi que le sous-titre l'indique, elle ouvrira également ses colonnes aux travaux de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Enfin, elle donnera toute son attention à l'étude des questions professionnelles et aux justes revendications du corps médical.

Dr F. de RANSE.

BULLETIN

Les Médecins et les Sociétés de Secours mutuels.

M. le Ministre de l'Intérieur vient d'adresser aux préfets une note relative au fonctionnement des Sociétés de Secours mutuels, qui mérite de fixer l'attention des médecins.

On a dit déjà, à diverses reprises, dans la presse spéciale, que ces Sociétés étaient, avant tout, des Sociétés d'exploitation en coupe réglée du corps médical au profit des mutualistes, parfois cependant assez riches pour pouvoir s'offrir le luxe d'un médecin. On a eu grandement raison, et la preuve vient, cette fois, de nous en être donnée par l'administration elle-même.

Dans le rapport adressé au Ministre sur les opérations de ces Sociétés pendant l'année 1895, nous relevons entr'autres ce passage, tout à fait caractéristique : « Les médecins, est-il dit, se plaignent que

des Sociétaires, dont l'aisance leur fait un devoir d'être membres honoraires, sont acceptés en qualité de membres participants et bénéficient ainsi, lorsqu'ils sont malades, des soins médicaux aux prix réduits accordés à la mutualité. »

Avec ce système, non seulement les dépenses de ces Sociétés augmentent dans des proportions considérables et véritablement inquiétantes, mais les médecins de la campagne et de la ville voient diminuer avec une rapidité vertigineuse leur ancien noyau de clientèle bourgeoise.

Si les rangs des mutualistes sont ouverts à tous, alors il ne s'agit plus de Sociétés de secours mutuels, mais bien d'Associations créées dans le seul but inavoué d'avoir à prix aussi infimes que possible les avis médicaux. Nous ne voyons personnellement aucun inconvénient à ce que de tels groupements se fassent; mais, alors, qu'on les organise ouvertement et non pas en se cachant sous le manteau de la charité. Si des praticiens jugent acceptable pour leur dignité, et suffisant pour leur assurer les moyens d'existence, un tarif de visites allant de 50 centimes à 1 franc, soit; ils sont parfaitement dans leur droit et nous aurions mauvaise grâce à être plus royaliste que le roi. Mais, s'ils doivent soigner à un prix dérisoire et malgré eux des personnes aisées, ayant le moyen de payer, alors ils ont raison de protester vivement et, dans cette voie, nous marchons d'accord avec tous.

La note ministérielle signale aussi un autre point, qui mérite d'être relevé. On y affirme que l'état précaire des finances des Sociétés de Secours mutuels tient, en outre, à l'abus des ordonnances médicales! Voilà un gros mot, qui n'est peut-être pas très exact; et il n'y a peut-être pas autant d'abus qu'on veut bien le dire! Que, depuis quelque temps, les ordonnances médicales aient augmenté de nombre, pour des raisons plus faciles à soupçonner qu'à mettre bien en relief, cela n'est pas discutable, puisque la statistique l'affirme. Mais quelle est la cause de cet abus, en dehors, bien entendu, de ce qui a trait aux malades très aisés faisant partie de ces Sociétés? A notre avis, il n'y a pas de doute à avoir à ce sujet. Les ordonnances augmentent en nombre, non pas parce que les médecins ont plus de tendance que jadis à gaspiller les fonds des Sociétés et distribuent des avis à tort et à travers, mais bien parce qu'ils ont à consulter un plus grand nombre de clients et qu'au lieu de les examiner à fond, — ce qui exigerait beaucoup de temps, — ils s'en débarrassent à l'aide d'une potion plus ou moins vite formulée. Aussi ne craignons-nous pas d'affirmer que si, dans les Sociétés de Secours mutuels, les médecins étaient mieux payés, ils consacreraient plus de temps à cette clientèle spéciale, feraient moins d'ordonnances, et arriveraient, somme toute, à faire réaliser aux Sociétés d'importantes économies.

Puisque le médecin est la cheville ouvrière de ces organismes, pourquoi ces derniers ne consentiraient-ils pas, au lieu d'exploiter indignement ces auxiliaires si précieux, à les utiliser dans des conditions vraiment honnêtes et acceptables ? Nous sommes persuadé que tout n'en irait que mieux. En tous cas, nous souhaitons cette amélioration de tout cœur et c'est le vœu que nous formulons pour tous nos lecteurs, au début de cette nouvelle année. A bon entendeur, avis!

Dr Debaut-Manoir.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Opérations sur les vestiges de l'ouraque.

Par Daniel Témoin (de Bourges),
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le canal allantoïdien, dans sa portion intra embryonnaire, se compose d'un renflement, qui sera la vessie, et d'un canal aboutissant à l'ombilic, qui est l'ouraque. Ce canal s'obstrue et se transforme au troisième mois de la vie fœtale, pour n'être plus à la naissance qu'un cordon plein, allant de l'ombilic à la vessie.

Ce canal peut persister après la naissance; l'ouraque reste perméable dans toute son étendue et l'urine peut passer de la vessie à l'ombilic : il y a une *fistule urinaire*. — L'ouraque peut exister à l'état de canal sur un point quelconque de son trajet; et alors deux cas peuvent se présenter : la portion ombilicale est obstruée, mais la portion vésicale est perméable et, sous l'influence d'une rétention d'urine, par exemple, cette partie peut se dilater et former une poche plus ou moins grande. Cette poche peut arriver à s'étendre jusqu'à l'ombilic. L'ombilic lui-même peut se rompre par distension et il y aura alors formation d'une *fistule tardive*; enfin, sur le trajet de l'ouraque, une portion

peut ne pas s'obliter, sans qu'elle communique avec la vessie : ce sera un *kyste*. Ce kyste, formé de parois secrétantes, peut se développer et nécessiter à son tour une intervention *(Fig. 1)*.

Lorsqu'une fistule existe au niveau de l'ombilic et lorsque par cette fistule il s'écoule de l'urine, le premier soin du chirurgien, s'il a affaire à un tout jeune enfant, est de s'assurer qu'il n'y a aucun obstacle au cours régulier de l'urine. L'urèthre peut être obstrué (Cabrol); l'urèthre peut présenter une malformation congénitale (Highmore); il peut y avoir une imperforation de l'urèthre sur une étendue plus ou moins grande (J.-L. Petit, Highmore). Commencez par rendre à l'urèthre sa perméabilité, si la chose est possible et attendez. Dans le cas où le cours normal des urines est rendu impossible par une malformation irréparable, il est évident que la fistule ombilicale est à respecter, puisqu'elle assure l'évacuation de la vessie.

Lorsqu'aucun obstacle ne s'oppose au cours régulier de l'urine, plusieurs moyens ont été employés pour obtenir la guérison de la fistule urinaire.

1° La sonde à demeure dans le canal de l'urèthre (J. L. Petit, Nelaton), pour empêcher l'urine de remonter par l'ouraque, n'a donné que de mauvais résultats ;

2° La cautérisation de la tumeur extérieure et du trajet. Cette cautérisation est faite au thermocautère ou plutôt au galvacautère, en introduisant un stylet à froid dans le trajet et en rougissant ce stylet par le courant (Terrillon). Mais c'est un moyen aveugle et qui peut échouer ;

3° La ligature, la suture et l'avivement de la fistule sont de mauvais moyens, qui ne s'adressent qu'à l'orifice extérieur, n'empêchent pas le canal d'exister et exposent en conséquence à la formation de fistules tardives ;

4° Le véritable procédé opératoire est la résection de l'ouraque.

La résection sera totale, si l'ouraque ne communique pas avec la vessie, et la tumeur kystique formée par la portion de canal existant sera disséquée, isolée et réséquée complètement (Pratt et Bond, Gennaro).

Cette résection sera partielle, si la vessie est en communication avec l'ombilic (H. Delagenière). Faire l'antisepsie rigoureuse de la région de l'ombilic et avoir à sa disposition des compresses stérilisées ou antiseptiques, pour les introduire dans le ventre et préserver la cavité abdominale pendant la dissection du trajet fistuleux ou de la tumeur kystique.

FIG. 1. — Coupe antéro-postérieure d'un sujet atteint de fistule de l'ouraque, destinée à faire comprendre la situation exacte de la poche urinaire. — *Légende :* P, péritoine; V, vessie; O, ouraque; U, poche urinaire; *a*, orifice de la fistule (1).

Opération. — 1er temps : isoler par une incision le pourtour de la fistule et prolonger l'incision de façon à explorer l'ouraque, et réséquer toutes les parties malades apparentes.

2e temps : ouvrir le péritoine ; préserver les intestins par des compresse stérilisées, isoler le canal et le disséquer aussi loin que possible, après avoir introduit dans son intérieur un petit stylet *(Fig. 2)*.

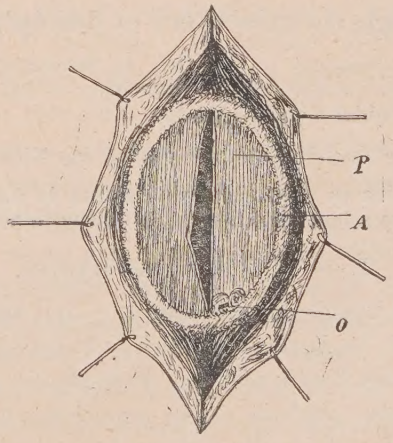

FIG. 2. — Figure montrant l'incision de la paroi abdominale après dissection de la paroi urinaire. — *Légende :* P, péritoine incisé; A, anneau fibreux de l'ombilic; O, ouraque sectionné, lors de la dissection de la poche.

(1) Clichés extraits des *Archives provinciales de Chirurgie.*

3e temps : lorsque l'ouraque sera isolé, le réséquer après avoir fixé le bout inférieur dans l'angle de la plaie en dehors du péritoine, puis refermer l'orifice en repliant les bords par une suture de Lembert (H. Delagenière, *fig.* 3), refermer le ventre comme dans toutes les laparotomies.

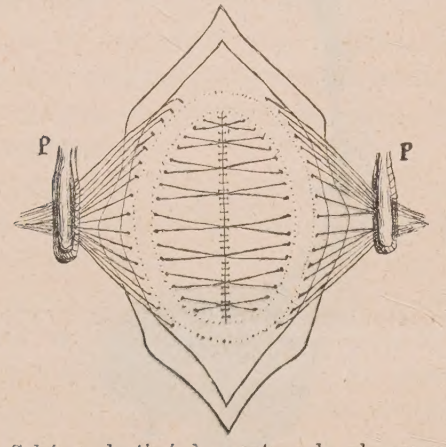

FIG. 3. — Schéma destiné à montrer le placement des fils pour la suture de l'anneau de l'ombilic. La séreuse est suturée au milieu. — *Légende :* P, P, pinces à pression placées sur les fils.

Un point cependant est à retenir. C'est que l'ombilic ainsi ouvert prédispose aux hernies ombilicales ; et il est important d'en aviver les bords et de le suturer avec le plus grand soin, comme à la suite d'une cure radicale de hernie.

REVUE GÉNÉRALE

Chirurgie du mésentère et des épiploons.

SOMMAIRE : Ponction. — Incision et marsupialisation des kystes du mésentère et des épiploons. — Extirpation des tumeurs liquides et solides (1).

Par Jean-Raymond LARGEAU (de Niort),

Ancien Interne en Chirurgie des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

I. — PONCTION DES KYSTES.

Pour les kystes du mésentère, — qui sont de cinq espèces : 1° les *kystes dermoïdes ;* 2° les *kystes hydatiques ;* 3° les *kystes séreux ;* 4° les *kystes sanguins ;* 5° les *kystes chyleux* —, la *ponction* a donné quelques succès ; mais elle expose à la récidive et elle est dangereuse, car les anses intestinales recouvrent la poche en avant et sur les côtés, et un nombre considérable de vaisseaux plus ou moins volumineux forme réseau autour de la tumeur. On s'expose donc à la péritonite et à l'hémorrhagie.

II. — MARSUPIALISATION ET DRAINAGE DES KYSTES

Les opérateurs, qui attaquèrent les kystes du mésentère au début, le firent à la suite d'une erreur de diagnostic, croyant avoir affaire habituellement à un kyste de l'ovaire. Comme on le fait pour ces tumeurs, ils essayèrent l'extirpation ; mais, si l'incision avec drainage donne dans les kystes ovariques de détestables résultats, le contraire est vrai pour les kystes mésentériques.

En 1880, M. Tillaux fit un des premiers l'extirpation d'un kyste mésentérique, du volume d'une tête de fœtus environ, et contenant un liquide épais et crémeux. L'examen histologique fut fait par Merklen, qui conclut à l'origine ganglionnaire du kyste « constitué par une coque fibreuse même en voie de dégénérescence athéromateuse partout en contact avec le tissu propre des ganglions lymphathéromateux ». M. Tillaux forma avec sept fils un gros pédicule, qui fut laissé dans le ventre ; le malade, homme de 31 ans, guérit complètement.

La même année, Werth publia une observation d'extirpation d'un kyste mésentérique du volume d'une tête d'enfant. Il put isoler complètement le kyste ; le malade guérit. La paroi était conjonctive, épaisse de 2 à 4 millimètres, le contenu épais ressemblant à de la bouillie crayeuse.

En 1882, Knowley Thornton publia l'observation d'un kyste mésentérique de petit volume, à contenu séreux, adhérent à l'épiploon et au ligament large gauche. Il put l'isoler par des ligatures et l'enlever. Il s'agissait selon lui d'un cysto-sarcome. Le malade guérit.

En 1882 et 1883, Spencer Wells et Carter essayèrent d'enlever des kystes mésentériques, qu'ils rencontrèrent après des laparotomies faites pour kystes. Ils ne purent y réussir, à cause des adhérences de la poche au mésentère. Spencer Wells ponctionna seulement sans drains. Carter enleva à la poche ce qu'il put, fixa ce qui restait à la paroi et draina. Les deux malades succombèrent l'un un mois, l'autre six jours après l'opération.

Un assez grand nombre d'observations ont été publiées depuis cette époque en France et à l'étranger. Terrillon fit trois fois la laparotomie dans ces condi-

(1) Cet article nous a été adressé quelque temps avant la mort de notre regretté confrère.

tions. Trois fois, il employa l'incision seule et le drainage, et eut trois succès définitifs. Les observations plus récentes de Bouilly, de Tuffier (1892), de Duncan (1893), de Binaud (1893), de Guermonprez, permettent de comparer l'extirpation et la marsupialisation.

La conclusion que nous avons tirée de ces recherches est que l'extirpation doit être tentée, quand on a affaire à un kyste de moyen volume, pas trop ancien, et quand on s'aperçoit, après avoir dénudé la poche, que celle-ci est facilement et rapidement isolable. En cas contraire (grosse tumeur, adhérences multiples), ouvrir, fixer et drainer, c'est la conduite la plus sage, celle qui donne le plus de succès; car il ne s'agit presque jamais ici de tumeurs épithéliales comparables aux kystes ovariques, mais de collections bénignes, curables comme un hygroma par l'incision et le drainage.

La marsupialisation avec drainage de la poche est une opération fort simple. L'incision médiane est faite ordinairement au-dessous de l'ombilic, souvent au-dessus, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. On tombe sur l'épiploon, quelquefois adhérent à la paroi et au kyste, parfois formant une corde qu'on est obligé de sectionner. Si l'on ne peut relever l'épiploon, ni le reséquer, on peut passer au travers. A travers la boutonnière épiploïque, au dévêtement, on voit la tumeur kystique. Sa surface rose ou blanchâtre est recouverte d'une membrane mince, très vasculaire. C'est l'un des feuillets mésentériques. Quelquefois une ou plusieurs anses intestinales se trouvent adhérentes à la tumeur. Kuester a trouvé un paquet intestinal à travers lequel il a eu beaucoup de peine à passer pour ponctionner et fixer la poche. On déchire alors sur un point le feuillet mésentérique, et, la paroi du kyste à nu, on ponctionne. Le kyste vidé, on l'incise dans une étendue suffisante pour pouvoir bien le sécher avec des tampons ou des éponges montées. Une collerette de sutures fixe la paroi kystique et mésentérique à la paroi abdominale. On termine en suturant par trois plans de sutures la paroi abdominale.

Le drainage est fait au moyen de deux gros drains de caoutchouc ou à l'aide d'une mèche de gaze stérilisée simple ou salolée. La gaze iodoformée expose à l'intoxication (Terrillon).

La guérison, d'après Braquehaye, a suivi cette intervention dans la proportion de 93 0/0. Dans quelques observations on a signalé des fistules persistant pendant plusieurs mois, des accidents de septicémie, des récidives. Mais il n'en est pas moins vrai que, par les résultats obtenus, c'est le traitement de choix. Même méthode peut être appliquée aux kystes de l'épiploon et des mésocolons.

III. — Extirpation des Tumeurs.

Les tumeurs mésentériques sont liquides, *kystes*, ou solides, des *fibromes*, des *lipomes*, des *sarcomes*, des *lymphadénomes*.

L'extirpation présente souvent des difficultés extrêmes. Nous prendrons pour exemple les plus fréquentes, *les kystes* et les *lipomes*.

Technique. — L'incision abdominale doit être grande, allant à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic, selon le volume de la tumeur.

En écartant les lèvres de la plaie, on voit la surface de la tumeur lisse d'apparence charnue, s'il s'agit d'un kyste, jaune rouge bosselée, s'il s'agit d'un lipome. Introduisant la main dans l'abdomen, on explore les limites de la tumeur en haut, en bas et sur les côtés. On s'assure qu'elle n'a pas de connexion, en haut avec le foie ou le mésocolon, en bas avec l'utérus et les annexes. Si l'on peut faire sortir la tumeur du ventre on le fait; on y voit plus clair, pour faire les dissections et ligatures nécessaires. Mais cela n'est pas possible quand la tumeur est très volumineuse et qu'elle a gagné en se développant le voisinage de la colonne vertébrale. On reconnaîtra à ces adhérences profondes, à cette insertion au promontoire du côté gauche de la colonne vertébrale, à la présence d'anses intestinales collées à la surface, qu'il s'agit d'une tumeur mésentérique.

Est-elle liquide? On ponctionnera et l'évacuation de la poche, il facilitera l'énucléation; si la tumeur était de petit volume, de la grosseur d'une orange, d'une tête de fœtus, elle pourrait être enlevée en masse, surtout si elle avait tendance à se pédiculiser, comme cela arrive dans les cas de kystes hydatiques de l'épiploon et des mésocolons.

Nous avons pris jusqu'ici pour exemple les tumeurs dont l'extirpation est la plus facile. Quand on se trouve en présence d'un lipome (1), on est contraint souvent, en présence du volume et des adhérences, à refermer le ventre. La tumeur a contracté des adhérences :

1° Avec la paroi abdominale antérieure, dont il est parfois impossible de la séparer.

(1) Le volume en est quelquefois énorme; de 40, 50 jusqu'à 63 livres.

2° Avec les organes du petit bassin, surtout avec les annexes du côté droit et la vessie.

3° Avec l'intestin qu'on est quelquefois obligé de reséquer (Terrier, Magdebourg).

4° Avec les vaisseaux mésentériques, qui doivent être en grande partie sacrifiés et liés au cours de l'opération.

Des onze malades ayant subi l'extirpation totale, quatre seulement ont guéri : ce sont ceux de Magdebourg, de Péan, de Mérédith, de Lauwers ; les autres ont succombé, soit au choc opératoire, soit à des accidents d'occlusion, soit tardivement dans un délai de dix à trente jours comme celui de Terrillon, avec des troubles intestinaux dus à l'insuffisance de l'absorption (Terrier et Guillemain, 1892).

Dans un cas récent, Potherat (1895) put enlever un *sarcome globo-cellulaire* du mésentère adhérent sur une surface de 15 à 20 centimètres carrés; il le détacha de ses adhérences, après avoir incisé le feuillet supérieur séreux du mésentère et put l'enlever complètement sans hémorrhagie ; le feuillet mésentérique fut suturé et cela suffit à arrêter l'hémorrhagie, d'ailleurs peu abondante.

C'est là un cas très favorable. Le plus souvent, quand il s'agit d'une tumeur maligne, on intervient trop tard; il y a déjà des adhérences si solides entre la tumeur et les viscères voisins que toute opération serait impossible (Kehr).

Quant aux fibromes et aux lymphadénomes, ils sont si rares qu'on ne peut, d'après les quelques cas publiés, tracer de règle de conduite. Les lymphadénomes, quand ils sont secondaires, ce qui est le plus fréquent, ne sont pas justifiables d'une intervention.

La ponction est faite en choisissant une maille de vaisseaux; puis on procède à l'énucléation. On fait une incision mésentérique suffisante, en liant ou pinçant les vaisseaux, à mesure qu'on les coupe, et s'éloignant autant que possible des anses intestinales; puis on procède au décollement de la tumeur en se servant des doigts et de la spatule plate, en allant de la superficie vers la profondeur. Parfois, en chemin, à travers un tissu lamelleux, lâche le plus souvent, les opérateurs ont rencontré des adhérences très serrées avec l'intestin surtout. « Les veines mésentériques et surtout les veines extrêmement dilatées rendent la décortication particulièrement délicate » (Tuffier). L'énucléation est difficile et nécessite de nombreuses ligatures ; à la partie antéro-inférieure, une anse intestinale passe transversalement contre la tumeur tellement adhérente qu'elle semble faire corps avec elle, par crainte d'une perforation. M. Gross attire kyste et intestins à l'extérieur et excise la poche; il ne reste plus qu'un petit plateau du diamètre d'une pièce de cinq francs appliqué sur l'intestin; un dernier essai de décortication réussit, sans dommage pour l'anse intestinale. Quelques chirurgiens n'y ont pas réussi ; ils ont déchiré une anse intestinale qu'il a fallu reséquer.

En supposant que cette dissection ait été même jusqu'à la colonne vertébrale, il y a là de nouvelles difficultés. Un pédicule fibreux plus ou moins épais, lamelleux, vasculaire, doit être détaché ou lié ; or on opère dans la région du plexus solaire et, si on le déchire, les malades peuvent mourir de choc quelques heures après l'opération (Robinson, 1891) ou présenter de la diarrhée, de la cyanose, des vomissements, du ballonnement du ventre, accidents graves dont les malades se sont relevés avec beaucoup de peine.

Il reste après l'énucléation une cavité anfractueuse; l'hémostase est faite avec soin. La plupart des chirurgiens laissent les feuillets mésentériques se rapprocher seuls; Rubesca, dans le cas qu'il a publié (1887), a comblé la cavité inter-mésentérique en établissant des sutures étagées et réuni ensuite par une suture linéaire l'incision mésentérique. Tuffier sutura aussi l'incision mésentérique au catgut. La plupart des chirurgiens n'emploient pas ces sutures, les deux feuillets mésentériques s'appliquant d'eux-mêmes l'un à l'autre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES
DE LA SEMAINE

I. — LA MÉDECINE

L'*Académie* a brillamment inauguré l'année 1898 par une séance où le nouveau Président, M. le Professeur Jaccoud, a fait assaut d'éloquence. Sa réputation d'orateur n'est plus à faire : l'idéal du parfait président académique est, évidemment, on ne peut mieux réalisé par ce savant clinicien.

Avant de quitter le fauteuil, M. Caventou, selon les usages, résume, dans un discours d'ensemble, les travaux annuels de l'Académie. Puis M. Jaccoud, après avoir adressé les traditionnels remerciements aux membres du Bureau sortant, invite le nouveau vice-président, M. Panas, et le secrétaire annuel, M. Vallin, à prendre place au bureau.

Au début de la séance, M. le Professeur Benedikt, de Vienne, lit un travail sur la **Biomécanique** ou **propagation des excitations nerveuses par le système nerveux central,** plus exactement la transmission mécanique des excitations dans les centres nerveux; dans chaque excitation de développement de croissance, il y a répercussion du cerveau aux méninges et au crâne; si on se place au point de vue pathologique, la céphalalgie se trouve être en corrélation avec l'excitation du cerveau. Mais, inversement, toute excitation sur le crâne se répercute au cerveau, suivant le mode ordinaire du réflexe, produit par l'action viscérale après excitation de la peau. L'auteur explique ensuite les différentes formes de ces transmissions; tantôt elles retentissent sur les centres sensitifs, tantôt sur les centres moteurs, tantôt sur les deux à la fois. Tantôt elles suivent la voie physiologique; tantôt elles se propagent d'une façon incohérente, comme par exemple dans le cancer, l'ataxie, la démence.

Une seconde communication de M. le professeur Laboulbène est faite sur un cas de **parasitisme accidentel.** Il s'agit d'un malade, pris de vomissements incoercibles pendant quinze jours. Il rendit un animal du genre Crustacé : le *Gammarus pulex*. Après un vomitif, le malade rendit encore des Crustacés; le malade buvait de l'eau d'un puits; il avait aussi bu de l'eau de Seine; actuellement ce malade est guéri.

La fin de la séance a été consacrée au classement des **candidats** à une place de membre associé; ce sont : MM. Périer, P. Richer, Commenge, Corlieu, Galippe et Rivière.

II. — LA CHIRURGIE

La première séance de la *Société de Chirurgie* pour l'année 1898 n'a pas eu l'éclat auquel on voudrait voir parvenir ces réunions. Véritable séance de retour de vacances. Une quinzaine de membres à peine y assistent. M. Delens, comme d'ordinaire, préside.

Le procès-verbal appelle la discussion sur l'**intervention chirurgicale dans le cancer de l'estomac**; mais personne ne paraît et on renvoie le cancer de l'estomac à la prochaine séance. La discussion sur les **abcès du foie** subit le même sort.

M. Tuffier commence alors l'assaut par un rapport sur une pièce recueillie par M. Bégouin, de Bordeaux. Il s'agit de **deux calculs creux phosphatiques du rein droit,** ressemblant chacun à un œuf contenant dans son intérieur du pus avec des bacilles, cause de la précipitation calculeuse. Il est probable que cette précipitation a débuté sur la muqueuse même; puis l'urine infectée a déposé des couches successives, en sorte que les couches les plus internes sont les plus récentes. Enfin ces couches se sont reformées, de façon à former les calculs creux avec les caractères déjà mentionnés.

M. Schwartz fait ensuite un rapport sur quatre observations, ayant trait à des **ulcères perforants du duodénum,** l'une de M. Rochard, l'autre de M. Guinard, la troisième de M. Sieur, enfin la dernière de M. Loyson. Il s'agit de quatre malades, ayant présenté des symptômes abdominaux graves, survenus subitement sans signes antérieurs bien marqués. La laparotomie, pratiquée dans les trois premiers cas, n'a pu cependant amener la guérison. Dans le dernier cas, l'opération n'a pas été pratiquée à cause de l'état désespéré du malade. M. Schwartz insiste sur les difficultés du diagnostic de la perforation au début, qu'on confond souvent alors avec l'occlusion, il recommande l'intervention précoce, par laquelle la guérison a le plus de chance de se produire. Il donne quelques statistiques tirées de la thèse de M. Colin sur le siège de ces ulcérations, qui, dans 69 0/0 des cas, sont perforantes. Sur 262 observations recueillies par M. Colin, 242 fois l'ulcération siégeait sur la première portion du duodénum, 14 fois sur la seconde portion, 3 fois sur la portion transversale, enfin 3 fois sur la dernière portion. Dans 83,6 0/0 des cas, l'ulcération est unique; mais il peut y en avoir 3 ou 4, avec récidive. C'est surtout la face antérieure du duodénum qui est atteinte.

MM. Routier et Hartmann citent chacun un cas analogue et M. Hartmann recommande la suture immédiate des bords de la perforation.

Au tour de M. Ricard, qui fait un rapport sur une observation de M. Huguier, relative à **un fibro-sarcome du vagin,** chez une fillette de 8 mois. Cette tumeur, située entre les grandes lèvres, fut énucléée au bistouri, avec extirpation de son pédicule, s'étendant jusqu'à trois centimètres en arrière de l'ouverture du vagin. Guérison huit jours après l'opération. Les quelques cellules sarcomateuses rencontrées dans la tumeur ne doivent pas, suivant M. Ricard, faire adopter la nature maligne de la tumeur. M. Ricard recommande la suture au catgut, au lieu de soie, les sutures de soie étant difficiles à enlever à l'intérieur du vagin et le catgut pouvant s'éliminer spontanément.

Enfin, la série habituelle des présentations pour clore la séance. Celle de M. Schwartz consiste en **une photographie radiographique représentant une aiguille enfoncée dans le ligament adipeux du genou.**

M. Bazy vient à son tour faire le panégyrique de la **radiographie,** qui lui a rendu également un grand service à propos d'une femme chez laquelle une **aiguille** s'était enfoncée dans la partie supérieure de la première phalange de l'index. — M. Faure présente une **pince à écrasement,** trop écrasante de l'aveu même de M. Faure, c'est-à-dire trop lourde.

Personne ne demande plus la parole? demande gravement M. le Président; et la séance est levée.

A. P. S.

ÉCHOS DE CONGRÈS

M. le Dr Grumnach, de Berlin, a fait, à Moscou, une communication intéressante **sur le diagnostic des maladies internes à l'aide des rayons Roentgen.** L'orateur a formulé d'abord quelques remarques techniques, permettant d'obtenir des photographies aussi démonstratives que possible. Il a montré ensuite une série nombreuse d'épreuves radiographiques, avec lesquelles on a pu passer en revue les processus pathologiques les plus divers, qui avaient échappé en partie aux recherches par les moyens physiques employés jusqu'ici : un anévrysme de l'aorte, des indurations pulmonaires dans la tuberculose, des cavernes, des foyers tuberculeux au centre du poumon, des foyers syphilitiques dans les os (de l'humérus, par exemple) ayant déterminé des fractures spontanées, une inversion des viscères, une hydronéphrose intermittente, des calculs rénaux, des dépôts goutteux dans les membres, etc., ont été ainsi manifestés. Ce sont là, évidemment, de superbes résultats, dignes de toute l'attention des médecins.

M. le Dr Martin Gil (R.) a montré au même Congrès des **disques d'ivoire décalcifiés pour l'anastomose terminale et latérale de l'intestin.** L'auteur remplace le bouton de Murphy par de petits disques en ivoire décalcifié, de différentes dimensions, de 8 millimètres à 6 centimètres de diamètre. La consistance des pièces est proportionnée à leur circonférence. De plus, au centre, se trouvent deux très petits orifices à travers lesquels on fait passer des bandes minces et élastiques qui servent à rejoindre les pièces et forment ainsi un disque. Ces bandes exercent une pression qui sert à produire l'atrophie du tissu placé entre les deux pièces et ne causent jamais la gangrène de l'intestin.

A Moscou, M. Freudenberg, de Berlin, a recommandé la **méthode de Bottini**, pour la guérison du **prostatisme**, si peu employée jusqu'à présent, en se basant sur seize opérations faites sur treize patients. M. Freudenberg a décrit les modifications qu'il a fait subir aux instruments de Bottini, instruments dont l'avantage consiste en ce qu'ils sont faciles à stériliser et ne nécessitent qu'une faible force électrique, grâce à l'emploi du platine irridé.

M. Nitze, de Berlin, a également montré un petit appareil qu'il a construit et dont il a donné la description. Cet appareil a pour but de faciliter la **suture des vaisseaux.** Il consiste essentiellement en un petit support en ivoire sur lequel les deux bouts du vaisseau s'adaptent d'une façon telle, que les tuniques des deux extrémités se correspondent exactement. Il suffit alors de faire une ligature circulaire des vaisseaux ainsi adaptés sur le support ; cette ligature reste en place même, après qu'on a retiré cette petite prothèse. Des expériences ont été faites, avec succès, sur des animaux, avec cet appareil.

I. B. S.

LA CHIRURGIE LYONNAISE

Dr P. Vidal, médecin stagiaire au Val de Grâce. — **Maladie hypertrophiante singulière. Lésions éléphantiasiques des parties molles et du squelette.** — Thèse de Lyon, 1897.

Cette thèse a pour base la discussion pathogénique d'un cas unique, observé par M. le professeur Poncet d'une maladie hypertrophiante singulière, dont l'observation a été publiée par Tournier (*Prov. Méd.*, 1891, page 201). L'auteur a cherché dans la littérature s'il existait quelques cas analogues à celui qu'il étudiait ; il n'a trouvé que des faits d'éléphantiasis ordinaire, sans lésion squelettique (Follet, th., Paris, 1896 — Waitz. *Archiv. f. clin. Chir.*, tome xxix, p. 229, 1889). Or justement les lésions squelettiques caractérisaient cette affection singulière. Fallait-il la rattacher néanmoins à l'éléphantiasis, ou en faire de l'acromégalie ?

L'auteur admet la première hypothèse : on a signalé des lésions osseuses dans l'éléphantiasis, et dans le cas de Tournier on a noté les états typiques, poussées avec états fébriles, etc., qui caractérisent cette affection. Courmont et Tournier ont décelé les microorganismes de la suppuration et le streptocoque en première ligne dans cette *maladie hypertrophiante singulière*, qui se différencie de l'acromégalie par sa pathogénie et sa symptomatologie.

Dr Doumeng, médecin-stagiaire au Val de Grâce. — **Des synovites fougueuses primitives de la gaine des fléchisseurs des trois doigts du milieu de la main.** — Thèse de Lyon, 1897.

Après la thèse de Bidard, inspirée par Verneuil, la tuberculose des synoviales tendineuses, si longtemps méconnue, était définitivement assimilée à la tuberculose des synoviales articulaires, et les travaux remarquables de Labbé et Coyne, Terrier et Verchère, Chandelux, Berger, Nicaise et Evans, etc., ne laissent rien à dire sur les synovites fougueuses en général. L'auteur, sous l'inspiration du professeur Poncet, s'est proposé d'étudier une localisation anatomique assez fréquente, mais passée sous silence dans les traités classiques, et à peine indiquée par Michon (1851) et Paris (1878) dans leurs thèses ; ce sont les synovites fongueuses des fléchisseurs des trois doigts du milieu de la main. Dans ces cas particuliers, les fongosités restent cantonnées au doigt malade, remplissant la séreuse qu'elles distendent à la manière d'une

injection solide. Elles n'envahissent pas, d'autre part, la paume de la main et l'avant-bras comme les synovites de l'auriculaire, ainsi que l'expliquent les dispositions anatomiques connues. L'auteur a recueilli vingt-deux faits, dont trois personnels à M. Poncet. Le pronostic fonctionnel de la synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs des trois doigts du milieu est grave : les tentatives économiques de curettage et conservation de la gaine n'ont comme résultat qu'une rétraction forcée qui oblige à l'amputation secondaire. M. Poncet enseigne que la désarticulation du doigt malade avec résection de la tête du métacarpien correspondant s'imposera d'emblée dans toutes les synovites anciennes et diffuses.

Chassin, médecin stagiaire au Val de Grâce. — **Des opérations économiques sur le testicule tuberculeux.** — Thèse de Lyon, 1897.

Avant la période antiseptique, les cautérisations par les caustiques (Dupuytren, Bonnet, Bouisson) puis par le fer rouge (Verneuil), étaient les seules interventions que les chirurgiens pouvaient se permettre contre la tuberculose testiculaire. Quand la castration devint une opération presque bénigne, de presque fatale qu'elle était avant, elle fut considérée comme imposée pour empêcher la généralisation (Tillaux). Enfin il y eut une réaction, surtout lorsqu'on commença à attacher de l'importance aux *sécrétions internes*. Humbert, Villeneuve (épididymectomie) Quénu, etc., décrivirent des *opérations économiques*, et c'est le parallèle de ces divers procédés que M. Chassin, sous l'inspiration du professeur Poncet, s'est appliqué à établir.

Il étudie d'abord les troubles consécutifs à la castration : vésanie, hypocondrie, neurasthénie, idées de suicide, décrit les diverses méthodes proposées, et par des observations montre les bons résultats de l'*orchidotomie exploratrice* du professeur Poncet : incision de l'albuginée suivant son grand axe; on peut alors agir directement sur les points malades et si les lésions ne sont point trop avancées, on réunit les bords de la plaie par des points de suture. Ce n'est qu'en dernier ressort qu'on devra songer à la castration unilatérale, quant à la castration bilatérale, elle devra toujours être rejetée, suivant M. Poncet; on devra s'efforcer de conserver un noyau plus ou moins volumineux de substance testiculaire.

Duchêne-Marullaz, médecin stagiaire au Val de Grâce. — **Des fibro-myomes de la paroi abdominale.** — Thèse de Lyon, 1897.

Le point de départ des intéressantes recherches de l'auteur est une observation de M. le professeur Poncet. Si les fibromes de la paroi abdominale sont fréquents et bien connus, les fibro-myomes sont rares et peu étudiés. L'auteur en a trouvé huit cas dans la littérature médicale : tous chez des femmes en période d'activité génitale. Ces tumeurs, qui ne peuvent se diagnostiquer d'avec les fibromes qu'à l'aide du microscope, semblent avoir des points de départ variables. Ce peut être le ligament rond, la paroi musculaire des vaisseaux, ou mieux, suivant l'hypothèse de MM. Poncet et Dor, des fibres musculaires lisses qui existeraient normalement dans l'épaisseur de la paroi abdominale chez la femme, fibres musculaires plus ou moins isolées et rappelant les tissus musculaires lisses qui entrent dans la constitution intime du système génital interne féminin. Cette hypothèse séduisante n'a pu être vérifiée par les recherches anatomiques de l'auteur. Anatomiquement, le fibro-myome a une coloration blanchâtre, légèrement rosée; il se développe dans l'épaisseur des muscles, qui constituent la paroi abdominale et, dans la plupart des faits, la tumeur non encapsulée présente des adhérences intimes, très résistantes avec les muscles et les aponévroses aux dépens desquels elle paraît développée. Le seul traitement est l'ablation qui six fois a donné un résultat définitif complet. Dans un cas, on ne jugea pas l'opération prudente et dans l'autre il y eut une récidive, probablement due à une ablation incomplète, d'autant mieux qu'une nouvelle opération donna une guérison définitive.

Célestin Long, médecin stagiaire au Val de Grâce. — **De l'actinomycose cervico-faciale à forme chronique.** — Thèse de Lyon, 1897.

A mesure que les cas d'actinomycose se multiplient, et comme M. le prof. Poncet l'a fait remarquer, il suffit de la rechercher pour la remontrer, on se rend mieux compte que cette infection emprunte aux régions où elle se localise une physionomie spéciale, et que dans une même localisation elle peut revêtir des formes bien différentes, suivant qu'elle est aigue ou chronique. C'est la forme chronique de la plus fréquente des localisations de l'actinomycose que M. Long étudie dans ce travail : *la forme cervicofaciale*.

Cette forme affecte rarement l'état chronique. Avec l'observation de M. Poncet (publiée par Briau in *Lyon méd.*, déc. 1896), qui a servi de point de départ à son travail, l'auteur n'a pu en recueillir que huit cas. Les symptômes sont *une douleur* peu en rapport avec l'intensité médiocre des phénomènes inflammatoires (M. Poncet), un *trismus serré*, précoce, qui pour M. Poncet est un précieux élément de diagnostic, enfin un *gonflement* donnant l'impression de quelque chose de bizarre par une consistance intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides. Il faut noter l'intégrité si longtemps persistante du système osseux et des ganglions lymphatiques, la longue durée de l'affection et la torpidité très marquée de sa marche. Le traitement doit être mixte : incision, curetage et destruction des foyers; et iodure de potassium. Comme

M. Poncet l'a fait remarquer l'iodure, est loin d'être un traitement spécifique; il faut le considérer comme un *adjuvant*, utile, du traitement chirurgical.

Gaston Boullier, médecin stagiaire au Val de Grâce. — **De l'appendicite pendant la grossesse.** — Thèse de Lyon, 1897.

Laissant de côté les discussions sur la pathogénie de l'appendicite, qui se sont multipliées au sein des Sociétés savantes, l'auteur se place à un point de vue clinique particulier. Sous l'inspiration du professeur Poncet il étudie l'appendicite unie à un état spécial de la femme : la grossesse. Son étude est basée sur quatre observations, dont trois lyonnaises (Legendre, Bouveret, Vinan, Laroyenne) inédites, auxquelles il a pu adjoindre quelques cas publiés par l'école américaine (Mundé, Penrose, Thomason, Abrahams); en tout 22 cas. Il recherche :

1° L'influence de la grossesse sur l'appendicite. Elle semble nulle; la femme grosse n'est pas sujette à ces inflammations.

2° L'influence de l'appendicite sur la grossesse, beaucoup plus importante. Il existe une relation réelle de cause à effet entre une appendicite infectieuse et des accidents inflammatoires salpingo-utérins, ayant plusieurs fois provoqué l'avortement. L'avortement survient dans le tiers des cas. Un double mécanisme peut être invoqué : 1° la fièvre, le mauvais état général de la femme grosse, consécutifs à l'appendicite ; 2° la propagation de l'inflammation appendiculaire aux organes génitaux internes. Quant au traitement, l'état de grossesse n'est pas une contre-indication à l'intervention précoce (M. Poncet), d'autant plus que les accidents appendiculaires abandonnés à eux-mêmes peuvent entraîner des accidents puerpéraux parfois très graves, par le double mécanisme d'une infection générale et d'une infection locale de voisinage.

E. Briau.

REVUE D'HYDROLOGIE

K. Grube. — **Allgemeine und specielle Balnotherapie mit Berücksichtigung der Klimatotherapie** [*La balnéothéraphie générale et spéciale et ses rapports avec la climatothérapie.*] Berlin, Hirschwald, 1897, 234 pages.

En écrivant ce livre sérieux, l'auteur s'est donné pour but d'exposer brièvement les principes de la balnéothérapie et de la climatothérapie et de donner à ses lecteurs une revue des stations thermales. Dans le chapitre I, il étudie l'action physiologique et thérapeutique des eaux et des climats ; dans le chapitre II, celle des eaux minérales ; dans le chapitre III, il s'agit de la cure balnéaire et lactée et de celle des raisins. Le chapitre IV traite des soins à donner après la cure ; le chapitre V étudie la balnéothérapie clinique et, enfin, le chapitre VI, la balnéographie. Cet ouvrage est destiné au médecin-praticien auquel il facilite singulièrement l'orientation dans le dédale de la balnéothérapie.

Rigal et Pourrat. — **Bourbon-l'Archambault : Le traitement suivi et les résultats obtenus.** — *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, Paris, 1897, XXIX, 399-424.

Les eaux de Bourbon, nuisibles pour les lésions tuberculeuses, sont d'une utilité manifeste pour le rhumatisme sous toutes ses formes, compliqué même de manifestations cardiaques. Les névralgies et surtout la sciatique sont le plus souvent suivies de guérison complète. Ces eaux sont d'utilité manifeste dans les lésions consécutives aux fractures et aux luxations. Elles exercent une action heureuse, bien que restreinte, sur le symptôme douleur des ataxiques. Leur efficacité est certaine dans les névrites périphériques, les paralysies et les hémiplégies. Mais il est indispensable d'envoyer les malades à une époque rapprochée du début de leurs accidents et de choisir le moment précis où la lésion, de la période subaiguë, va s'acheminer à la chronicité.

Guthmann (Alfred). — **Die Klimatische Behandlung der Lungenschwindsucht. Ein Beitrag zur Phthiseotherapie** [*Le traitement climatique de la phthisie pulmonaire. Contribution à l'étude de la phthiséothéraphie.*] — *Allgemeine Medicinische Central-Zeitung*, Berlin, 1897, n° 51, pp. 641-644.

Après avoir fait l'historique de la question qui l'occupe, l'auteur en tire les conclusions suivantes : il y a des pays et des peuples où la phthisie fait moins de ravages que chez nous, en Europe ; ce sont des peuples chez lesquels l'industrie n'est pas encore très développée, où les conditions hygiéniques sont, par conséquent, meilleures. L'élévation du pays au niveau de la mer ne joue pas un grand rôle dans la phthiséothérapie. La hauteur de la température a une influence incontestable sur la *marche* de la maladie, mais non sur sa fréquence. Un climat avec une température inconstante, changeante, est funeste pour les phtisiques, accélère le processus morbide, mais ne détermine pas la maladie chez des sujets sains. Ce qui est le plus important dans la phthiséothérapie, c'est l'hygiène et la diète, l'air frais, bon — c'est le meilleur traitement de la phthisie. Sans doute, il y a certains climats qui peuvent produire une influence bienfaisante sur la marche de la maladie et qui peuvent même faire la maladie plus rare, mais leur action est due aux conditions hygiéniques, à la propreté de l'air. Ces mêmes pays, envahis par l'industrie, peuvent devenir un terrain favorable pour le développement de la phthisie.

I. B. S.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

SCHULZE et STEIGER. — **Ueber den Lecithingehalt der Pflanzensamen** [*Sur la teneur de lécithine dans graines des plantes*].—*Zeitschrift für physiologische Chemie*, Strassburg, 1889, Band XIII, 365-384.

L'auteur a fait quelques recherches sur la quantité de lécithine contenue dans les graines de quelques plantes. Dans les deux premières expériences, il a obtenu des chiffres tellement différents qu'il fut obligé d'entreprendre une série d'autres expériences pour expliquer cette différence. Toutes les expériences ont été faites avec les graines du *Lupinus luteris* et la différence s'explique ainsi. Dans les graines du Lupinus se trouvent des substances facilement solubles dans l'alcool chaud la lécithine, les acides gras, la cholestérine etc., d'autres sont difficilement dissoutes, la trioleine, par exemple. Traitées avec l'éther, ces substances se dissolvent aussi facilement que les premières et donnent une certaine quantité de phosphore qui ne provient pas de la lécithine, mais qui a pu causer l'erreur de l'auteur.

MOTT et HALLIBURTON. — **Preliminary accounts of the effects upon blood pressure produced by the intravenous injection of fluids containing chlorine, neurine or allied products.** — *Proc. Physiol. Soc. Lond.*, 1896-7, XVIII-XX.

De faibles doses d'hydrochlorure de choline injectées produisent une diminution temporaire de la pression sanguine, d'origine cardiaque et non périphérique. C'est ce qu'on observe également après la section du vague. Cette substance a une action toxique plus forte que la choline ; la respiration cesse avant le cœur.

La choline a exactement la même action que le liquide cérébro-spinal, dans les maladies du cerveau. Il est probable qu'elle dérive de la lécithine du cerveau. Le sang obtenu par saignée, d'aliénés atteints de paralysie générale, en renferme une certaine quantité. I. B. S.

LES LIVRES NOUVEAUX

Les Opérations nouvelles sur les voies biliaires (*Chirurgie des radicules biliaires, du canal hépatique et du canal cystique ; les opérations rares sur le cholédoque*) ; par Marcel BAUDOUIN. — Paris, Institut de Bibliographie, 1897.

Au Congrès des médecins et naturalistes allemands de 1887, au cours d'une longue discussion qui eut lieu sur les premiers essais de la chirurgie biliaire, von Volkmann termina la série d'importantes communications faites sur ce sujet par ces simples mots : « Je propose que nous reprenions cette discussion dans une dizaine d'années ! » Nous sommes en 1897 et von Volkmann est mort depuis plusieurs années. Mais M. le Dr Marcel Baudouin, se souvenant de la réflexion de l'opérateur allemand, a tenu à rappeler, par les articles qu'il a publié récemment dans le *Progrès médical* et qu'il réunit aujourd'hui en volume, l'attention des médecins sur les opérations pratiquées jusqu'ici sur les *voies biliaires proprement dites*.

Laissant de côté tout de qui touche à la *vésicule*, il s'est borné à ébaucher l'histoire des interventions qui ont été exécutées sur les voies biliaires elles-mêmes et qui n'ont jusqu'ici été l'objet d'aucune étude d'ensemble. On trouvera donc dans cette brochure tout ce qui concerne le cholédoque (la cholédochotomie et la cholodochostomie exceptées), les canaux cystiques et hépatique et les ramuscules biliaires.

On peut dire que cette chirurgie des canaux biliaires ne s'est guère adressée, jusqu'à présent du moins, qu'à la lithiase biliaire et ses principales complications ; et cela, même malgré les médecins praticiens, qui répètent encore qu'on ne doit y recourir que lorsqu'on a constaté d'une manière formelle l'échec des médications habituelles ! M. Baudouin pense qu'en procédant ainsi, on ne parvient guère qu'à épuiser le patient et à le remettre trop souvent *in extremis* entre les mains de l'opérateur. Cela est indiscutable et il est facile de s'en convaincre à la lecture des observations publiées et des statistiques recueillies par Courvoisier et Riedel entre autres. Il est donc nécessaire de redire encore qu'on doit intervenir dès que le diagnostic de corps étrangers des voies biliaires, de calcul, fixé dans tel ou tel endroit, est posé ou même très probable.

En raisonnant ainsi, l'intervention chirurgicale sur les voies biliaires ne sera plus dans notre pays une rare exception et l'on exécutera bien plus fréquemment au moins quelques-unes des multiples opérations qu'a minutieusement et si sûrement décrites M. le Dr Baudouin, grâce aux nombreuses richesses bibliographiques dont il dispose.

Il a pu grouper, organe par organe et conduit par conduit, toutes les opérations complexes qu'il a découvertes dans la littérature médicale ; ce qui n'avait jamais été tenté. Il a pu, en outre, par des rapprochements ingénieux, montrer que les interventions exécutées sur a vésicule ont leurs analogues sur les différentes parties de l'arbre biliaire ; ce qui a facilité beaucoup sa tâche et lui a permis un classement très méthodique de ces interventions, classification très facile à retenir. Mais il n'est arrivé à cette simplification qu'après une longue étude, poursuivie pendant plusieurs années, de la pathologie biliaire, tellement le dépouillement des observations a été ardu. Aujourd'hui, c'est chose terminée et il faut

savoir gré à M. Baudouin d'avoir mis un peu d'ordre et de clarté dans ce chaos trop informe.

Il a apporté à ce travail de journaliste très informé la précision d'un bibliographe consommé, et son esprit de méthode a fait le reste. Les chirurgiens liront, sans nul doute, avec un réel intérêt, l'importante brochure qu'il vient de consacrer à la médecine opératoire des voies biliaires.

A.-I. B. S.

VARIÉTÉS

Le Tonographe.

On a imaginé de photographier le chant. M. Holbrook Curtis a réalisé un appareil, qu'il a baptisé du nom de « Tonographe » et avec lequel il devient facile de traduire par une image un son quelconque, une note quelconque.

On connaît les expériences que l'on fait en mettant en vibration avec un archet des plaques saupoudrées de sable Il se forme sur la plaque des lignes nodales, des dessins rendus bien visibles par la distribution du sable et qui varient selon la note, c'est-à-dire selon la plaque. M. Curtis a eu l'idée de remplacer l'archet par l'émission d'une note. Il a construit un tube recourbé, comme une grande pipe; à l'une des extrémités, celle de la partie horizontale, une embouchure ; à l'autre, celle qui se redresse verticalement, une plaque de verre placée horizontalement. On saupoudre la surface de la plaque d'un mélange de sel de table et d'émeri très fin. Puis on fait chanter dans le tube. Pour chaque note, on obtient une distribution particulière de la poudre, une image invariable qu'il est facile ensuite de photographier.

Pour le même instrument, pour la même plaque, les lignes obtenues sont identiques, quelles que soient les voix qui donnent les mêmes notes.

L'inventeur a photographié ainsi toute la série des notes ; il a enregistré aussi les notes intermédiaires ; par exemple, celles qui sont comprises entre le *do* et le *do dièze* et qui ne sont pas normalement indiquées dans les solfèges, parce que notre oreille est trop imparfaite pour apprécier leurs nuances. Ces photographies du Tonographe sont intéressantes. Comme application, on devine que l'on peut fournir ainsi aux élèves des modèles de chant exacts. Il est clair qu'il faut, pour que la note soit émise convenablement, que l'élève obtienne le dessin tonographique caractéristique de la note qu'il a sous les yeux. L'innovation n'est pas à dédaigner. Une application, par exemple, encore, à indiquer, c'est la notation par le Tonographe du son des cloches.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Cours et conférences du semestre d'hiver 1897 98. (Institut psycho-physiologique). — JEUDI 13 JANVIER, à cinq heures, M. le Dr Bérillon, fera une conférence sur : *Le grand hypnotisme et l'Ecole de Paris (Ch. Richet, Charcot, Mesnet, Luys et Dumontpallier)*. Projections à la lumière oxydrique. — JEUDI 20 JANVIER, à 5 heures, M. le Dr DUMONTPALLIER, membre de l'Académie de médecine, fera une conférence sur : *Comment j'ai été conduit à l'étude de l'hypnotisme. La métallothérapie et les expériences de la Pitié.* — JEUDI 27 JANVIER, à cinq heures, M. le Dr TISON, fera une conférence sur : *La physiologie du neurone. Applications des travaux de Branly à l'étude de la conductibilité nerveuse.* — JEUDI 3 FÉVRIER, à cinq heures, M. le Dr BÉRILLON fera une conférence sur : *La pédagogie suggestive et l'orthopédie mentale*, (Démonstrations expérimentales). — JEUDI 10 FÉVRIER, à 5 heures, M. le Dr Paul FAREZ, licencié en philosophie, fera une conférence sur : *L'hypnotisme considéré comme procédé d'expérimentation en psychologie.* — JEUDI 17 FÉVRIER, à 5 heures, M. Jules BOIS fera une conférence sur : *De la suggestion dans les grimoires et dans les documents relatifs à l'ancienne magie (évocations, incantations, philtres, charmes et envoûtements)*. — JEUDI 24 FÉVRIER, à 5 heures, M. Eugène CAUSTIER, fera une conférence sur : *Psychologie comparée : l'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie.* — JEUDI 3 MARS, à cinq heures, M. le Dr Max NORDAU fera une conférence sur : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale.* — JEUDI 10 mars, à cinq heures, M. le Dr BÉRILLON fera une conférence sur : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle.* (Rayons de Rœntgen, par le D Dagincourt.) JEUDI 17 MARS, à cinq heures, M. Henry LEMESLE, avocat à la Cour d'appel, fera une conférence sur : *Les aliénés criminels.*

Distinctions honorifiques. — Par décrets, en date des 18, 24, 26, 29 et 31 décembre 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la *Légion d'honneur* : Au grade de *Commandeur* : M. le Dr Goujon, maire du XIIe arrondissement de Paris. Par décret du 28 décembre 1897, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade de *Commandeur* : M. Debaussaux, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 15e corps d'armée. — Au grade d'*Officier* : MM. les médecins principaux de 2e classe : Vaillard et Zaepffel ; MM. les médecins-majors de 1re classe : Clément, et Alphant ; M. Bertrand, médecin en chef de la marine.

Nécrologie. — M. le Dr BIENFAIT, ancien conseiller général de la Marne, décédé à Reims, à l'âge de 78 ans. — M. le Dr Henri HOUZÉ, décédé à Croix, près Roubaix. — M. le Dr MOULTANOVSKY, un des plus illustres médecins de Saint-Pétersbourg.

L'Administrateur-Gérant : Émile PEINSON.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.